

VERORDNUNGSFORMULAR

kontinuierliche O₂-Langzeittherapie/Pflege

Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft für Pneumologie SGP

Erstverordnung
 WiederholungsV
 (von Liga auszufüllen)
 MiGel KLV 7

2



A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

| | |
|---------------------|-------------------------------|
| Name/Vorname _____ | Geschlecht _____ |
| Adresse _____ | Geburtsdatum _____ |
| PLZ/Ort _____ | Kt _____ |
| Telefon/Natel _____ | Sozialversicherungs-Nr. _____ |
| Beruf _____ | Krankheit/Unfall/IV _____ |
| Versicherer _____ | Versicherten-Nr. _____ |

B) Hauptdiagnose

00 Obstruktive Lungenkrankheiten

01 chronische Bronchitis, Emphysem
02 Asthma

10 Restriktive Lungenkrankheiten

(Fibrose, Pneumokoniose, Silikose, Post Tbc)

20 Respiratorische Schlafstörungen

(OSA, CSA, gemischte Formen)

30 Neuromuskuläre Krankheiten

Bitte Code wählen

40 Vaskulär bedingte Erkrankungen

(pulmonale Hypertension)

50 Kardiale Krankheiten

(Cor pulmonale, kardiale Missbildung, Herzinsuffizienz)

60 Andere Lungenkrankheiten

(Krebs, CF, alveoläre Hypoventilation, Bronchodysplasie)

90 Andere _____

C) Obligatorische Untersuchungen Ja Nein (Zeichen des chronischen Cor pulmonale)

| | | |
|--|----------------------|---------------------------|
| Lungenfunktion (in % Sollwert) | VK _____ % | FEV1 _____ % |
| Labor <input type="checkbox"/> in mmHG <input type="checkbox"/> in kPa | Hämoglobin _____ g/L | Hämatokrit _____ % |
| Arterielle Blutgase: (klinisch stabile Verhältnisse) | Datum: _____ | PaO ₂ : _____ |
| (1) in Ruhe (ohne O ₂) | _____ | PaCO ₂ : _____ |
| (2) in Ruhe (nach > 30 Minuten O ₂) | _____ | SaO ₂ %: _____ |
| (3) unter standardisierter Belastung (ohne O ₂) | _____ | _____ |
| (4) unter standardisierter Belastung (mit O ₂) | _____ | _____ |
| (3) und (4) obligatorisch für Flüssiggas-System | _____ | _____ |

D) Verordnung Therapie-System Flüssiggas-System O₂-Konzentrator

| | | |
|---|---|--|
| Dauer _____ Std./Tag | O ₂ -Dosis Ruhe _____ L/Min. | O ₂ -Dosis Belastung _____ L/Min. |
| Mobilität _____ Std./Tag (mit O ₂ ausserhalb der Wohnung) | Mobil mit _____ Sparventil _____ | Verabreichung _____ |

Bemerkung _____

E) Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause Ja Nein

(gemäss Zusatzvereinbarung Lungenliga/Versicherer vom 01.01.2015)

| | | |
|---|------------------------------------|----------------------------------|
| Richtwert in Minuten | | |
| (1) Abrechnung nach effektivem Bedarf/Leistung. | | |
| (2) Die ärztliche Verordnung wird für 6 Monate erteilt und verlängert sich automatisch um weitere 6 Monate. | Erstes Jahr: 300 Minuten | Folgejahr: 150 Minuten |
| (3) Bei erhöhtem Pflegebedarf ist Verordnungsformular 6 auszufüllen. | | |

F) Verordnender Pneumologe

| | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Verordnender Pneumologe _____ | Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer |
| Datum Behandlungsbeginn _____ | |
| Datum der Verordnung _____ | |
| Hausarzt _____ | |
| Pneumologe für Nachkontrollen _____ | |
| Verordnung senden an _____ | |

Kontinuierliche Sauerstoff-Langzeittherapie

Zur Erreichung der Therapieziele (Verminderung der pulmonalarteriellen Hypertonie, Entlastung der Atemmuskulatur durch Rückgang des Atemminutenvolumens infolge des Sauerstoffs, Verbesserung der Sauerstoffversorgung der Organe, Verbesserung der allgemeinen Leistungsfähigkeit, verbesserte Lebenserwartung) ist eine Sauerstoffverabreichung von mindestens 16 Stunden täglich notwendig.

Eine Langzeit-Sauerstofftherapie setzt eine vorgängige korrekte Abklärung und Indikationsstellung durch spezialisierte Ärzte oder Ärztinnen voraus und bedarf einer Instruktion und nachfolgender Betreuung durch spezialisiertes Hilfspersonal.

Für die Sauerstofftherapie stehen verschiedene, im therapeutischen Nutzen ebenbürtige Systeme zur Verfügung.

Abhängig vom Verbrauch, vom Anwendungszeitraum und vom Bedarf für die Mobilität ist jeweils das wirtschaftlichste System zu wählen.

Eine Langzeit-Sauerstofftherapie mittels Druckgasflaschen ist obsolet und extrem unwirtschaftlich.

Gemäss den Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie (in der Fassung vom 28.08.2006)

gelten insbesondere die nachfolgenden Indikationen:

1. Patienten mit chronischer arterieller Hypoxämie infolge einer chronischen Lungenkrankheit in klinisch stabilisiertem Zustand:
 $\text{PaO}_2 < 55 \text{ mmHg}/7.3 \text{ kPa}$.

Eine gleichzeitige Hyperkapnie stellt grundsätzlich keine Kontraindikation für eine Sauerstoffheimtherapie dar, sofern das Risiko einer sauerstoffinduzierten Atemdepression ausgeschlossen wurde.

2. Patienten mit sekundärer Polyglobulie und/oder Zeichen des chronischen Cor pulmonale, $\text{PaO}_2 55\text{--}60 \text{ mmHg}/7.3\text{--}8.0 \text{ kPa}$

3. Patienten mit situativen, lang dauernden Hypoxämien:

- 3.1. die vorwiegend belastungsinduzierte Hypoxämie, $\text{PaO}_2 < 55 \text{ mmHg}/7.3 \text{ kPa}$ bzw. O_2 -Sättigung $< 90 \%$ mit dem Nachweis einer verbesserten Leistungstoleranz unter Sauerstoffatmung

- 3.2. das zentrale Schlafapnoe-Syndrom (z. B. Cheyne-Stokes Atmung) mit repetitiven Desaturationen als Alternative zur nichtinvasiven Beatmung

Limitationen für die kontinuierliche Sauerstoff-Langzeittherapie (gemäss MiGeL)

Vorliegen eines andauernden Sauerstoffmangels bei einer chronischen Lungen- bzw. Atemwegserkrankung mit gesicherter Diagnose.

Grundlagen für die Verschreibung bilden die Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie (in der Fassung vom 28.08.2006). Sie ist an folgende Voraussetzungen gebunden:

- Indikationsstellung und Verordnung durch einen Facharzt für Pneumologie.
- Vorliegen von Blutgasanalysen innerhalb der letzten 1–3 Monate vor Gesuchsstellung, vorgenommen in Ruhe unter klinisch stabilen Verhältnissen.
- Die Ergebnisse einer spirometrischen Lungenfunktionsprüfung aus dem letzten Monat vor Antragstellung liegen vor.
- bei Kindern < 7 Jahren ist die Lungenfunktionsprüfung fakultativ und die Blutgasanalysen können durch nichtinvasive Messmethoden ersetzt werden (z. B. transkutane Bestimmungen von O_2 und CO_2).
- Der maximale Bewilligungszeitraum beträgt 12 Monate.
- Für eine erneute Kostengutsprache sind Indikationen und Behandlungsvoraussetzungen wie bei der Ersten zu prüfen.
- Grund für eine Ablehnung der Bewilligung sind auch gewichtige Argumente, die für eine nicht zureichende Mitarbeit des Patienten sprechen. Bei einer Neubeantragung der Kostengutsprache nach einer solchen Ablehnung muss eine positive Stellungnahme des indikationsstellenden Arztes zur bisherigen Mitarbeit des Patienten vorliegen.

Zusätzlich für die Verordnung von Sauerstoff-Flüssiggas

- Mobilität mit regelmässigem täglichem Aufenthalt von mehreren Stunden ausserhalb der Wohnung der versicherten Person.
- Klinische Untersuchung, Sauerstoffmessungen unter standardisierter Belastung (Blutgasanalysen oder transkutane Oxymetrie) ohne und mit zusätzlicher Sauerstoffzufuhr aus dem letzten Monat vor Antragstellung und eine Beurteilung der Compliance (Therapietreue) liegen vor und belegen den hinreichenden Nutzen der zusätzlichen Sauerstoffzufuhr zur Erlangung der benötigten Mobilität.
- Sind wegen Veränderungen der Situation die genannten Voraussetzungen der Mobilität nicht mehr gegeben, erlischt die Kostengutsprache für eine Flüssigsauerstoff-Therapie auch vor Ablauf des maximalen Bewilligungszeitraumes von 12 Monaten.
- Die Therapie muss durch einen Vertrauensarzt der Versicherung bewilligt werden.